

pillole di medicina

Una ricerca Statunitense

Due terzi dei farmaci approvati tra l'89 e il 2000 sono inutili

Uno studio realizzato dal National Institute for Health Care Management Foundation di Washington, rivela che due terzi dei farmaci prescrivibili approvati dalla Food and Drug Administration tra il 1989 e il 2000 sono sostanzialmente identici a farmaci già esistenti o a loro versioni modificate. Solo un terzo, quindi, è basato su nuove entità molecolari in grado di aggredire le malattie con una nuova strategia. La Fondazione sostiene che questo fenomeno si è accelerato sotto la spinta della necessità, per le aziende farmaceutiche, di estendere i brevetti su alcuni farmaci di particolare successo. Lo studio infatti sostiene anche che solo 153 farmaci definiti «prodotti ad alta innovazione» sono stati approvati tra il 1989 e il 2000, complessivamente il 15 per cento di tutti i farmaci approvati in questo periodo.

Da «Pnas»

Una proteina che rende letale il vaiolo

È stata identificata una proteina che aiuta il virus del vaiolo a prendere il sopravvento sul sistema immunitario umano. La scoperta si deve a un gruppo di ricercatori dell'Università della Pennsylvania diretti da Ariella M. Rosengard, che hanno battezzato SPICE la proteina responsabile di rendere letale il vaiolo, che potrebbe avere un ruolo analogo anche in altre infezioni virali. La Rosengard conduce ricerche sul vaiolo da molti anni, e lo ha scelto perché il virus colpisce solo l'uomo ed è molto efficiente nel neutralizzare le difese immunitarie, ma dopo le minacce di un possibile uso del virus a scopo terroristico i suoi studi hanno ricevuto una grande attenzione. Proprio i timori di un possibile uso improprio delle conoscenze contenute nell'articolo, appena pubblicato sui Proceedings of the National Academy of Science, hanno sollevato le critiche allarmate di alcuni «oscurantisti».

la salute



Da «Neuron»

Il topo senza gene ricorda meglio

Ricercatori del San Raffaele e dell'Istituto di Neuroscienze del CNR di Roma, in collaborazione con altri centri europei, hanno osservato che i topi, in cui la trasmissione delle informazioni nervose era stata modificata eliminando il gene ERK1, mostravano un'eccezionale abilità nell'apprendere e ricordare compiti procedurali, ad esempio come evitare uno stimolo doloroso. L'attività nervosa si accentuava in una particolare area del cervello: lo striato. Lo striato è una parte del cervello coinvolta soprattutto nel controllo dell'attività motoria in compiti di apprendimento procedurale, come imparare a guidare l'auto e la gratificazione legata al cibo, al sesso e alle sostanze psicotrope, come le droghe e alcuni farmaci. Lo studio, pubblicato su Neuron, è stato realizzato grazie al contributo di Telethon e dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro.

La giornata contro il fumo
In Italia oltre 12 milioni
i fumatori passivi

Oggi è la giornata contro il fumo. Secondo i dati diffusi dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, in Italia i fumatori passivi in famiglia sono circa 12 milioni e 500 mila, pari al 21,9% della popolazione. Tra i fumatori passivi oltre 4 milioni sono bambini: un milione e 552 mila ha meno di 6 anni e due milioni e 405 mila hanno da 6 a 13 anni; circa la metà dei bambini italiani da 0 a 13 anni convive con almeno un fumatore. Dal 5 novembre scorso, l'Istituto Nazionale Tumori ha aperto un Ambulatorio Antifumo per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento dei danni. Da allora sono state visitate 150 persone. Su 100 pazienti, 43 hanno lamentato di essere fumatori passivi. Secondo alcuni studi epidemiologici, i fumatori che smettono prima dei 50anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

Senza le ovaie per proteggersi dal tumore

L'intervento nelle donne con il gene BRCA mutante abbassa il rischio del cancro al seno

Cristiana Pulcinelli

Sulla testa del dentista «da strada»

Fino a che punto si può accettare di perdere oggi una parte di sé per evitare il rischio di ammalarsi domani? La questione (che sembra filosofica, ma è invece molto concreta) viene rilanciata da due interessanti studi e un editoriale che compaiono sulla rivista medica *The New England Journal of Medicine* (Nejm) e che prendono in esame donne con una mutazione nel gene BRCA1 o BRCA2.

Da ricerche precedenti sappiamo che le donne con una mutazione nel gene BRCA1 o nel gene BRCA2 hanno una probabilità di contrarre un cancro al seno entro i settant'anni compresa tra il 60 e l'85% e hanno una probabilità di contrarre il cancro alle ovaie compresa tra il 15 e il 65%. Entrambe le mutazioni genetiche possono essere diagnosticate con un test genetico. Dunque, molte donne sanno di possedere questa anomalia. Solo il 5% dei tumori al seno, però, è causato da questo gene mutante.

Noah Kauff e i suoi collaboratori del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York, autori della prima ricerca pubblicata da Nejm, hanno preso in esame 170 donne di oltre 35 anni d'età e hanno loro proposto di scegliere tra un programma di sorveglianza e l'asportazione delle ovaie per ridurre il rischio di sviluppare uno dei due tumori. Dopo un anno, il cancro al seno è stato diagnosticato a 3 delle 98 donne che avevano scelto la via chirurgica, mentre una sola donna si è ammala di tumore al peritoneo. Nel gruppo delle 72 donne che, invece, non sono state operate si sono avuti 8 tumori al seno, 4 alle ovaie e 1 al peritoneo. Le conclusioni dello studio sono che l'asportazione delle ovaie nelle donne portatrici di quei geni mutanti fa diminuire il rischio di tumore sia al seno che all'ovaio.

L'altro studio, condotto da Timothy Rebbeck dell'Università di Pennsylvania (Philadelphia), è invece un'analisi retrospettiva condotta su più centri. I ricercatori sono andati a riprendere i casi di 551 donne portatrici della mutazione del gene BRCA e hanno visto in 11 anni cosa era successo a quelle che si erano sottoposte all'asportazione delle ovaie e a quelle che invece non lo avevano fatto. I risultati non sono dissimili dall'altra ricerca.

L'asportazione del seno a scopo preventivo nelle donne con casi di tumore al seno in famiglia e con un test genetico positivo per il BRCA mutante già si pratica, anche in Italia, ma su pochissimi individui perché la menomazione è notevole e comporta vari disagi, tra cui una perdita di sensibilità della parte. Ora, però, si parla di asportazione delle ovaie. Perché? «Almeno la metà dei tumori al seno è causata dagli estrogeni - spiega Alber-



I denti come trofeo sul cappello di un dentista ambulante di oltre 150 anni fa. (Da «Lancet»)

to Costa, primario di senologia alla Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia - Togliere l'ovaio vuol dire ridurre a zero il rischio di tumore ovarico e dimezzare quello di tumore al seno perché si elimina lo stimolo ormonale». Inoltre, togliere le ovaie non dà controindicazioni estetiche. Tuttavia...

«Tuttavia, - prosegue Costa - bisogna essere consapevoli del fatto che la donna senza l'ovaio va incontro a una menopausa forzata. Il che vuol dire che se l'operazione viene fatta a 50 anni le controindicazioni sono poche (ma la riduzione del rischio è minore, perché nel frattempo quella donna è stata bombardata dagli estrogeni prodotti dalle sue ovaie). Se, invece, l'operazione viene fatta a 35 anni le cose cambiano perché si anticipano alcuni eventi legati alla menopausa come l'aumento

di peso, le vampate di calore...». Senza considerare l'impossibilità di fare figli.

Da un punto di vista concettuale, dunque, si tratta di una scoperta molto interessante, perché finora non esistevano dati certi in questo campo. «Ma dal punto di vista del singolo individuo - ci ricorda Costa - non è ancora la soluzione».

clicca su

www.nejm.org

il commento

I PERICOLI DI UN SAPERE «NUDO»

Pietro Greco

L'indagine che Noah D. Kauff e collaboratori hanno pubblicato sull'ultimo numero del *New England Journal of Medicine* è un chiaro esempio della nuova medicina predittiva fondata sull'informazione genetica. Il nostro sapere aumenta, spesso enormemente. Ma il nostro potere non aumenta altrettanto o, almeno, non altrettanto chiaramente.

L'indagine di Kauff e collaboratori ci fornisce infatti molte informazioni, chiare e articolate: asportando le ovaie in donne predisposte al cancro, alle medesime ovaie e al seno a causa di mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2, il rischio che esse contraggano un tumore alle ovaie si riduce dal 19,9 allo zero per cento; il rischio che esse contraggano un tumore al seno si riduce dal 42,3 al 19,9%; il rischio che esse contraggano un tumore peritoneale aumenta da qualche frazione allo 0,8%.

Questa messe di informazioni, per quanto preziose, non contengono alcuna indicazione sul che fare. Non indicazioni chiare, almeno. Tanto che commentando questi dati, nell'editoriale della medesima rivista, Daniel Haber, esperto in forze al Massachusetts General Hospital di Charlestown, si limita a dire che l'efficacia dell'asportazione preventiva delle ovaie in donne predisposte al cancro a causa di mutazioni nei geni BRCA è un forte argomento per consigliare il test genetico alle donne più a rischio, quelle che hanno una forte storia familiare di cancro al seno. Tanta preziosa informazione ha partorito, tutto sommato, un topolino.

Da questa informazione, infatti, i medici non possono trarre alcuna indicazione normativa. Non possono consigliare a tutte le donne portatrici di mutazioni ai geni BRCA1 e BRCA2 di asportare le ovaie in maniera preventiva, visto che il costo (la rinuncia alle ovaie) è altissimo, mentre i benefici consistono nella riduzione di una probabilità e non nella eliminazione di una certezza. I medici non possono neanche consigliare a tutte le donne di effettuare il test genetico per verificare la presenza di mutazioni ai geni BRCA1 e BRCA2, perché in caso di risultato positivo le donne si troveranno di

fronte a una scelta niente affatto scontata e comunque traumatica. I medici devono limitarsi a dare qualche consiglio alle donne più a rischio.

La causa di questo finale normativo in tono minore sta nel «gap» tra il sapere genetico e il potere medico. Il sapere genetico sta crescendo rapidamente e sta raggiungendo livelli molto sofisticati. Il potere medico stenta a tenere il passo e resta, quasi sempre, piuttosto rozzo. Vivere senza ovaie per una donna, almeno prima della menopausa, potrebbe risultare più duro che vivere sapendo di correre un più alto rischio di contrarre un tumore.

Che fare, dunque, di fronte al «potere crudo» che ci propongono i medici di fronte all'informazione genetica? Beh, la risposta, come sostiene Daniel Haber, appartiene per intero al paziente ed è altamente personale. Molto spesso la risposta del paziente è un saggio rifiuto. Sia del «potere crudo», sia del «sapere nudo».

Prima di aver dimostrato l'efficacia, relativa, dell'asportazione delle ovaie le donne con una diagnosi di mutazione ai geni BRCA1 e BRCA2 avevano già un'altra drastica possibilità: la mastectomia radicale, l'asportazione totale e preventiva del seno. Ebbene la gran parte delle donne non solo ha rifiutato il «potere crudo» della medicina e ha rifiutato quella drastica possibilità. Ma ha rinunciato anche al «sapere nudo» della genetica, dimostrandosi ben poco disponibile a effettuare test diagnostici molto costosi (2500 dollari, circa) per conoscere quale probabilità ha ciascuna di ammalarsi senza avere una reale possibilità di curarsi.

L'essere posti in questa valle tra il «sapere» e il «non potere», tra la diagnosi probabilistica e la terapia impraticabile, non è affatto una condizione neutra. Produce conseguenze. Anzi: «è alla fonte di problemi di tipo psicologico e sociale, i cui effetti andrebbero attentamente considerati», ammonisce il Comitato Nazionale per la Bioetica in uno studio del lontano 1995.

Le donne hanno valutato questi effetti, hanno verificato che sia il peso del «potere crudo» dell'asportazione del seno sia il peso del «sapere nudo» della diagnosi genetica non sono sopportabili, e, quindi, hanno deciso che la condizione migliore per ora resta quella di «non sapere».

Lo studio di Noah D. Kauff sull'efficacia dell'asportazione preventiva delle ovaie nelle donne predisposte geneticamente ad ammalarsi di cancro al seno e alle ovaie non modifica granché la fondatezza di queste motivazioni e la saggezza di questa decisione.

Malati oncologici di serie B nel Mezzogiorno

Di fronte al cancro noi italiani non siamo tutti uguali. Se ci capita di vivere nelle regioni settentrionali, avremo più probabilità di ammalarsi, ma anche più probabilità di guarire. Se, al contrario, viviamo nel Sud del paese, si abbasserà il nostro rischio di contrarre la malattia, ma aumenterà quello di non sopravvivere ai suoi attacchi.

La fotografia di questa drammatica spaccatura del paese viene dalla lettura incrociata dei dati dell'Airt (Associazione Italiana Registro Tumori) e dell'Istat. Volendo essere più precisi, da questi dati si evince che nel 1997 (anno della rilevazione) un ammalato di tumore residente al Sud aveva una probabilità di morire entro l'anno superiore del 26% rispetto a un malato residente nel Nord. È una fotografia che lascia sbalorditi e un po' indignati soprattutto perché dimostra che nella cura di questa malattia, che ancora colpisce 30 persone ogni ora e ne uccide 18, ci sono cittadini di serie A e cittadini di serie B. Ed è da questa indagine che ha preso il via la «campagna per i malati oncologici del Mezzogiorno».

Testimonial della campagna è il giornalista televisivo Piero Marrazzo, conduttore della trasmissione «Mi manda Rai Tre», che ha realizzato un lungo spot sulla ricerca e la solidarietà a cui hanno partecipato le persone più disperate: dal presidente della Regione Campania Antonio Bassolino a Pippo Baudo, da Piero Angela al presidente della Confindustria Antonio D'Amato, da Serena Dandini a Umberto Veronesi, da Gigi Proietti a Michael Schumacher. Tutti concordi con l'obiettivo della campagna: cercare di ridurre il divario tra le due metà del paese.

L'evento da cui partirà l'iniziativa è un convegno dal titolo «Oncologia 2002. Il futuro oggi» che si terrà a Napoli dal 18 al 21 settembre. Organizzato da Giuseppe Petrella, docente di oncologia chirurgica all'Università Federico II di Napoli e vice presidente della Commissione Affari sociali della Camera, il convegno riunirà alcuni prestigiosi nomi della ricerca oncologica nazionale e internazionale. Il 20 settembre è prevista poi una serata di solidarietà al Teatro San Carlo a cui hanno già dato la loro adesione il ministro della salute Girolamo Sirchia, il sindaco di Napoli Rosa Russo Jervolino e tutti coloro che hanno partecipato allo spot. Antonio Bassolino, per la verità, ha fatto qualcosa di più che dare la sua adesione. Ha affermato di volersi impegnare personalmente in questa campagna favorendo la nascita di un «Centro d'eccellenza» in Campania che «veda riunite le grandi potenzialità dei nostri ricercatori per offrire le migliori possibilità di ricerca, prevenzione e cura ai nostri cittadini».

In effetti, dai dati forniti dal professor Petrella emerge una carenza di strutture per la prevenzione e la cura: il numero complessivo di quelle pubbliche e accreditate nel Sud del paese è la metà di quello del Nord (30 contro 61). La radioterapia è effettuata in 23 strutture nelle regioni settentrionali e solo in 10 al Sud. Insomma, ha concluso Petrella, sembra proprio che «l'efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici al Sud sia minore rispetto al resto del paese». Nonostante «l'elevatissima valenza scientifica delle istituzioni oncologiche meridionali».

c.pu.

Romeo Bassoli

Una ricerca condotta su 26mila nosocomi dimostra che nelle imprese private che devono produrre utili la percentuale di decessi è più alta del 2%

Ospedali «profit» americani, laddove si muore di più

Un gigantesco metastudio (cioè l'analisi di 14 studi diversi realizzati tra il 1982 e il 1995) su 26.000 ospedali americani con un totale di 38 milioni di ricoveri (soprattutto pazienti anziani), dimostra che esiste un rischio «statisticamente significativo» più alto di morte negli ospedali «profit» (quelli cioè che si presentano come imprese private che debbono fare utili) rispetto a quelli «no profit» (di proprietà di associazioni umanitarie, religiose, autorità sanitarie pubbliche locali e così via). La differenza di rischio di morte tra i due tipi di ospedale è del 2 per cento.

Lo studio è stato realizzato da tre università: la McMaster di Hamilton, la Buffalo di New York e l'ateneo canadese di Toronto. Lo pubblica il Canadian Medical Association Journal, il giornale dell'Associazione medica canadese. (la newsletter della CGIL Politiche della Salute lo pubblicherà da mar-

tedi prossimo in italiano nel suo sito web: <http://www.cgil.it/org/politicasalute/adessostomeglio/>)

Perché, dunque, questa disparità tra profit e no profit? Secondo gli autori dello studio, «tipicamente, gli investitori (nel profit) si aspettano un ritorno del 10-15 per cento per i loro investimenti. I dirigenti amministrativi delle istituzioni private profit ricevono richieste per raggiungere e superare i margini di profitto attesi. Oltre a generare profitto, poi, le istituzioni private profit debbono pagare le tasse e debbono lottare contro la pressione dei costi associati con i generosi rimborsi per gli amministratori più alti in grado, tutti problemi che le istituzioni no pro-

fit non hanno...Così, per ottenere gli stessi risultati economici dei no profit, i profit debbono devolvere meno risorse alle cure dei pazienti».

Un'analisi durissima, che non tutti accettano. Si controbatte, ad esempio, che lo studio mostra in realtà una differenza che, seppur significativa sul piano puramente statistico, non è però sufficiente per dire che gli ospedali «profit» siano più pericolosi. Altri sottolineano che negli Stati Uniti le cliniche «profit» sono solo il 10 per cento del totale, contro il 70 per cento dei «no profit» (il resto è pubblico). Ma il primo firmatario dello studio, P.J. Devereaux, del Dipartimento di Medicina e Epidemiologia Clinica della McMa-

ster University, ribatte che «le discussioni sul privato in sanità si sono concentrate finora sull'aspetto economico... È stato invece totalmente ignorato dal dibattito la possibilità che l'espansione degli ospedali privati profit possa danneggiare i pazienti». Un altro dei firmatari dello studio, Holger Schunemann, dell'Università di Buffalo, sottolinea che «anche se un rischio maggiore del 2 per cento può apparire piccolo, dobbiamo pensare a che cosa significhi in numero assoluto. In Canada, ad esempio, significherebbe 2200 morti all'anno, che equivale alle morti per suicidio, per cancro al colon o per incidenti stradali».

Per Roberto Satolli, direttore della

rivista per i medici di base «Occhio clinico», erano già comparsi «studi che dimostravano come vi fosse un rapporto inverso tra spese sostenute dagli ospedali profit e qualità dell'assistenza. Resta il fatto che il sistema americano è ben diverso da quello europeo e italiano in particolare. Sarebbe interessante uno studio italiano in grado di farci capire se esiste una relazione tra struttura della proprietà dell'ospedale e qualità delle cure». Per l'ex ministro della Sanità, Rosy Bindi, «lo studio conferma comunque il dubbio di questi anni: è giusto che si faccia profitto sulla salute delle persone? Si è detto che basta un sistema di accreditamento rigoroso, ma sono convinta che anche le

regole più perfette per l'accreditamento siano strumenti timidi di fronte all'imperativo del profitto. Ciononostante, siamo non solo uno dei pochi paesi che ha una presenza del privato "profit" nella sanità, ma andiamo anche verso un aggravamento di questa condizione».

ERRATA CORRIGE

Per uno spiacevole errore, nell'articolo sul vaccino per il tumore all'utero, pubblicato venerdì 24 maggio, Luciano Mariani è stato indicato come coordinatore della ricerca nella capitale. Ce ne scusiamo con l'interessato e con i lettori.